

# Qualité relationnelle des couples gais et conduites sexuelles à risque

## Quality Relationships Among Gay Couples and High-Risk Sexual Behaviours

Danielle Julien, M. Tereza Pizzamiglio, Mathilde Brault et Sophie Léveillé

Volume 17, numéro 1, printemps 1992

Sida et santé mentale

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/502054ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/502054ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

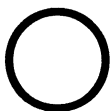
[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Julien, D., Pizzamiglio, M. T., Brault, M. & Léveillé, S. (1992). Qualité relationnelle des couples gais et conduites sexuelles à risque. *Santé mentale au Québec*, 17(1), 217–234. <https://doi.org/10.7202/502054ar>

Résumé de l'article

La présente étude teste l'hypothèse suivant laquelle la qualité relationnelle des couples gais est positivement associée à l'adoption de conduites sexuelles à risque réduit, dans les situations de monogamie et de non-monogamie. Des mesures d'ajustement relationnel et de comportements sexuels sont recueillies auprès de 29 couples (58 hommes) homosexuels de la région de Montréal. Conformément à l'hypothèse, la distribution des couples selon un index multifactoriel de risque indique une relation entre la satisfaction de couple et le niveau de risque encouru dans les relations sexuelles à l'intérieur et à l'extérieur du couple. Les résultats sont discutés à la lumière des données existantes sur la relation santé-qualité relationnelle chez les couples hétérosexuels.



## Qualité relationnelle des couples gais et conduites sexuelles à risque

Danielle Julien\*  
M. Tereza Pizzamiglio\*  
Mathilde Brault\*  
Sophie Léveillé\*

La présente étude teste l'hypothèse suivant laquelle la qualité relationnelle des couples gais est positivement associée à l'adoption de conduites sexuelles à risque réduit, dans les situations de monogamie et de non-monogamie. Des mesures d'ajustement relationnel et de comportements sexuels sont recueillies auprès de 29 couples (58 hommes) homosexuels de la région de Montréal. Conformément à l'hypothèse, la distribution des couples selon un index multifactoriel de risque indique une relation entre la satisfaction de couple et le niveau de risque encouru dans les relations sexuelles à l'intérieur et à l'extérieur du couple. Les résultats sont discutés à la lumière des données existantes sur la relation santé-qualité relationnelle chez les couples hétérosexuels.

**D**es statistiques québécoises indiquent que, au 15 juillet 1991, 69% des cas déclarés de Syndrome d'immunodéficience acquise (sida) avaient eu des activités homosexuelles ou bisexuelles (Remis et Roy, 1991). Selon les recherches sur les comportements sexuels susceptibles de transmettre le virus d'immunodéficience humaine (VIH), la réduction du nombre de partenaires sexuels, l'évitement de partenaires sexuels

\* Danielle Julien et Mathilde Brault travaillent au Département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal; M. Tereza Pizzamiglio, au Département de psychologie de l'Université Waterloo à Waterloo (Ontario) et Sophie Léveillé, au Département de psychologie de l'Université Laval à Québec.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées à Danielle Julien, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, C.P. 8888, Succursale 'A', Montréal, Québec), H3C 3P8.

Cette recherche a été subventionnée par le Conseil québécois de la recherche sociale, n° 1761.

anonymes et l'abstention ou la modification des relations sexuelles anales réceptives réduisent le risque de transmission du VIH dans la population d'hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (Chimel et al., 1987; Darrow et al., 1987; Detels et al., 1989). Étant donné la faible probabilité, à court terme, de découvrir un traitement efficace, il apparaît nécessaire de mieux comprendre les facteurs psychosociaux qui prédisposent les individus au maintien de conduites à risque, ou à l'adoption et au maintien de stratégies de prévention. Nous présentons ici les résultats préliminaires d'une recherche sur les pratiques sexuelles de couples gais dans des situations de monogamie et de non-monogamie, et sur l'association entre les stratégies de prévention de ces hommes et la qualité de leur relation de couple.

### **Adoption de comportements sexuels à risque réduit**

Les recherches suggèrent que la communauté gaie a, depuis les premières campagnes d'information, largement modifié son style de vie et ses conduites sexuelles. Ainsi, des études transversales sur les cohortes de San Francisco, New York et Denver indiquent une diminution substantielle, depuis 1983, du nombre de partenaires sexuels et d'activités sexuelles non protégées pratiquées par les hommes gais (Martin, 1986; Riesenbergh, 1986; Werdegard et al., 1987). Un exemple convaincant montre que 37,4% d'un échantillon probabiliste d'hommes gais à San Francisco avaient, en 1985, des relations sexuelles anales non protégées, contre 1,7% en 1988 (Edstrand et Coates, 1990). Dans la même ville, on notait 13% de séroconversion chez les hommes homosexuels et bisexuels en 1982, comparé au taux d'incidence de 1% en 1986. La stabilisation du taux de prévalence à San Francisco indique donc des changements décisifs de pratiques sexuelles dans cette ville (Evans et al., 1988). Des conclusions similaires sont suggérées par les résultats d'études menées à Seattle, Chicago, Long Beach (O'Really et al., 1989), ainsi qu'à Québec (Remis et Roy, 1991).

Toutefois, le degré de changement des conduites à risque est possiblement surévalué en raison de la méthode de comparaison qui s'appuie sur des données annuelles transversales. En effet, l'examen longitudinal de comportements individuels indique un degré élevé d'instabilité des changements et de récurrence des conduites à risque (voir par exemple la revue de Becker et Joseph, 1988). Les changements sont observés dans des épicentres qui, d'une part, ont été le site des taux les plus élevés de mortalité due au sida. La population qui conservait des conduites à risque dans les premières années de l'épidémie ayant diminué, ceci explique en partie la réduction du taux d'incidence de sérocon-

version des dernières années. Il est donc difficile d'évaluer les changements réels de comportement, à tout le moins sur la base de comparaisons de données d'études transversales.

D'une part, ces épïcèntres possèdent des communautés gaies adultes particulièrement bien organisées, comme celle de San Francisco, et ils ont été le site de campagnes massives d'intervention individuelle et communautaire qui ont eu pour effet un changement réel des conduites à risque. C'est ainsi qu'on note que les changements varient considérablement selon les régions, la plupart des villes démontrant en fait des taux plus élevés de prévalence du VIH et des taux annuels de séroconversion de près de 4%. Ces données suggèrent que les changements de comportements ne sont pas uniformément acquis ou maintenus. Par exemple, plus du tiers d'une cohorte d'hommes gais de Vancouver rapportait, en 1989, des relations sexuelles anales non protégées (Willinghby et al., 1989). Puisque, du point de vue de la santé publique, un petit groupe d'individus particulièrement actifs suffit à prolonger ou étendre l'épidémie, il est important d'identifier les déterminants des changements de comportements chez les uns et la persistance de conduites à risque chez les autres.

À cet effet, selon les recherches sur les corrélats de l'adoption de nouveaux comportements chez les hommes homosexuels, la connaissance des facteurs de risque, les croyances au sujet de la santé, le sentiment d'efficacité personnelle et l'absence de drogue et d'alcool lors des rencontres sexuelles sont parmi les facteurs les plus fortement associés à l'adoption de comportements sexuels à risque réduit (voir en particulier Stall et al., 1988).

Toutefois, et à l'exception des drogues et de l'alcool, des études longitudinales suggèrent une plus faible association entre les variables citées plus haut, de type cognitif, et le maintien des changements de comportements (Joseph et al., 1987a; Siegel et al., 1987). À ce propos, les chercheurs ont proposé une hypothèse suivant laquelle différents facteurs seraient responsables de l'adoption et du maintien des changements. Des distinctions similaires sont observées pour d'autres comportements à risque pour la santé. L'étude du tabagisme, par exemple, montre que si un grand nombre de fumeurs cesse à un moment ou l'autre de fumer, plusieurs d'entre eux récidivent alors que d'autres maintiennent le changement; les processus expliquant l'adoption de nouvelles conduites sont différents de ceux qui expliquent le maintien des changements dans le temps.

Dans le domaine des recherches sur le sida, cette hypothèse a reçu l'appui d'études longitudinales montrant que, à la différence des cogni-

tions, les normes du réseau social d'appartenance sont, elles, positivement associées et de manière consistante à la stabilité des changements (Joseph et al., 1987a; 1987b; Siegel et al., 1987). Encore récemment, le suivi longitudinal d'une cohorte probabiliste d'hommes gais de San Francisco (âgés en moyenne de 39 ans) indique que le réseau informel de soutien de ces hommes est, outre le statut VIH, le meilleur prédicteur de l'utilisation du condom dans leurs relations sexuelles entre 1987 et 1988; par ailleurs, il explique près de deux fois plus de variance dans le maintien de la protection que le soutien formel provenant de services à la communauté (Catania et al., 1991). Dans cette étude, le soutien informel est mesuré à l'aide d'une question permettant d'évaluer, globalement, le niveau d'aide perçu de la part du partenaire de couple et des autres amants, des amis et amies et des membres de la famille.

Les interactions avec l'environnement social ont été jusqu'à maintenant moins systématiquement explorées, chez les populations vulnérables, que les variables individuelles et cognitives. Par conséquent, nous connaissons mal les processus suivant lesquels ces variables sont susceptibles de maintenir ou de nuire au changement de conduites chez les hommes homosexuels. Notre programme de recherche vise à identifier des éléments de réponse à cette question, au moyen de l'étude des réseaux sociaux d'hommes s'identifiant comme homosexuels.

### **Culture gaie et environnement social**

On note dans les recherches sur le sida que le choix des variables prédictives est souvent indépendant des connaissances sur la culture homosexuelle masculine. On possède en fait très peu de données empiriques sur cette population, comparativement à la population hétérosexuelle. Ceci est attribuable en partie au fait que l'«identité homosexuelle» est, historiquement, un phénomène relativement récent (Weeks, 1977; D'Emilio, 1983). Du point de vue de la recherche empirique, elle est aussi un concept particulièrement jeune. De plus, les valeurs homophobiques qui ont prévalu (et prévalent encore) dans la culture nord-américaine ont eu un effet considérable sur la nature des recherches sur l'homosexualité: la sociologie l'a longtemps conceptualisée comme déviance et la psychologie comme phénomène psychopathologique, de sorte que la majeure partie de nos connaissances sur la population homosexuelle repose encore largement sur des mythes et des stéréotypes stigmatisants.

Des changements importants sont toutefois apparus en sciences humaines au cours des 15 dernières années, où les recherches empiriques sur l'homosexualité reconceptualisaient l'homosexualité comme style

de vie alternatif ou comme contexte alternatif d'intimité relationnelle. L'un des effets les plus marquants de cet élargissement de la recherche fut notamment de documenter empiriquement l'existence de relations homosexuelles stables<sup>1</sup> (Blumstein et Schwartz, 1983; Peplau, 1982; Risman et Schwartz, 1988). Un relevé objectif de la distribution réelle des couples homosexuels dans les populations nord-américaines demeure illusoire, en raison des effets puissants de la stigmatisation qu'elle a entraînée. Cependant, les résultats de cette nouvelle tradition de recherche vont à l'encontre des stéréotypes voulant que les individus homosexuels ne s'engagent que dans des relations transitoires. Ainsi, dans une étude faite au Kinsey Institute for Sex Research, Weinbert et Williams (1974) trouvent 70% de leur échantillon d'hommes gais de 36 à 45 ans vivant en couple stable. De manière similaire, Bell et Weinbert (1978) rapportent que 80% des femmes lesbiennes contactées vivaient aussi une relation stable. D'autres recherches des années 70 et du début des années 80 démontrent que la majorité des personnes homosexuelles désirent avoir une relation amoureuse stable, qu'elles préfèrent aux liaisons occasionnelles. Bref, réelle ou virtuelle, la vie de couple semble aussi présente chez les individus homosexuels que chez les hétérosexuels.

Comme les groupes contrôles hétérosexuels, les individus homosexuels sont à la recherche de relations privilégiées comme source principale d'affection et de compagnonnage (Peplau et Cochran, 1981). Ils rapportent aussi des niveaux de qualité relationnelle comparables à ceux des hétérosexuels (Duffy et Rusbult, 1985-1986; Kurdeck et Schmitt, 1987) et une gestion plus souple des rôles dans leur couple que chez les hétérosexuels (Peplau et Gordon, 1982). Enfin, ils ont la capacité d'être des parents aussi bons et aussi engagés que des parents hétérosexuels, les enfants vivant avec eux ayant d'aussi bons niveaux d'estime de soi et des comportements aussi appropriés à leur sexe que ceux des hétérosexuels (Harris et Turner, 1985-1986; Viller et Walters, 1978).

Mais au-delà de ces similarités avec le couple hétérosexuel, l'une des dimensions qui distingue le couple homosexuel masculin consiste en l'institutionnalisation de la non-monogamie. Il est depuis longtemps établi que la non-exclusivité sexuelle constitue un indicateur de problèmes et un risque d'instabilité de la relation hétérosexuelle (Weiss, 1975; Spanier et Thompson, 1984). La majorité des recherches montrent cependant la manière consistante que les relations sexuelles «extra-conjugales» sont, chez les couples homosexuels masculins, indépendantes de leur satisfaction de couple et de la durée de leur relation (Larson, 1982; McWhirter et Mattison, 1984; Kurdeck et Schmitt, 1985-

1986). Certains rapportent même que l'accès à de multiples partenaires serait une condition d'ajustement du couple homosexuel masculin (Harry, 1979).

Toutefois, l'ensemble de ces conclusions sur le couple gai est basé sur des données recueillies au cours des années 70 ou au tout début des années 80. Eu égard à cette période présidatique, plusieurs énoncent l'hypothèse que l'épidémie de sida a depuis suscité de profondes transformations de la culture gaie au niveau du couple. D'après certains, les individus homosexuels s'éloigneraient de l'aventure sexuelle, s'orienteraient vers des styles de vie plus conservateurs et plus proches de la culture hétérosexuelle et accorderaient davantage d'importance à la monogamie (Fitzgerald, 1986; Sullivan, 1989). Dans le même sens, la norme gaie de partenaires sexuels multiples auraient été une réponse à la stigmatisation, et les homosexuels s'orienteraient présentement vers une plus grande déssexualisation de leurs rapports. À l'encontre de cette hypothèse, d'autres auteurs prédisent que la culture gaie, sans emprunter les normes du couple hétérosexuel et tout en maintenant une non-monogamie institutionnalisée, va développer de nouvelles méthodes de pratiques sexuelles à risque réduit (clubs de masturbation, téléphones érotiques, etc.).

Actuellement, peu de données permettent d'étayer l'une ou l'autre de ces hypothèses. La fameuse étude de Blumstein et Schwartz (1983) sur le couple gai mentionne que, dès 1983 à San Francisco, les couples homosexuels informés du sida modifiaient effectivement leurs attitudes par rapport à la monogamie et à l'engagement avec leur partenaire. Par contre, d'autres études menées dans la même ville montrent que 40% des individus qui, en 1984, avaient adopté la monogamie en réponse à l'épidémie avaient abandonné cette pratique deux ans plus tard (Eksstrand et Coates, 1988), quoique certains d'entre eux aient conservé des pratiques à risque réduit.

Les pratiques sexuelles d'un individu sont susceptibles d'avoir des conséquences sérieuses non seulement sur sa propre santé, mais aussi sur celle de son partenaire de couple. Il est donc probable que les questions reliées au risque affectent profondément la structure et le fonctionnement du couple gai, et que la manière dont les partenaires négocient leurs différents intérêts influencent le type de décision concernant leurs pratiques sexuelles. Il nous apparaît donc important de connaître les règles de conduites sexuelles et de fonctionnement des couples gais, les stratégies suivies pour répondre à ces problèmes, et leur mode de gestion des risques inhérents à la non-monogamie.

Bon nombre d'études sur les liens entre la qualité relationnelle de couples hétérosexuels et leur santé montrent que les couples ajustés ont une meilleure santé physique et mentale que les couples non ajustés, ces derniers rapportant davantage de maladies physiques, de dépression, de problèmes d'alcoolisme et d'isolement social en dehors de leur mariage (Gove et al., 1983; Kaplan et DeLongis, 1983). Nous ne connaissons pas d'étude ayant considéré la qualité relationnelle des couples homosexuels comme variable déterminante des changements de comportements sexuels et de leur maintien. Notre hypothèse est que chez les hommes homosexuels vivant en couple, la qualité de la relation de couple et les processus de communication et de soutien social qui lui sont associés constituent certains des facteurs antécédents qui affectent le changement, l'établissement et le maintien de conduites préventives par rapport au sida. Nous présentons ici les résultats préliminaires d'une étude visant à vérifier cette hypothèse.

## **Méthode**

### *Participants et procédure*

L'échantillon sur lequel reposent les analyses présentées comprend 58 hommes vivant en couple (soit 29 couples homosexuels masculins). Ces couples proviennent de la région métropolitaine de Montréal; ils sont de classe moyenne, francophones, et ont une durée moyenne de vie commune de 4,95 ans (E.T. = 3,89). Les partenaires sont âgés de 30,58 ans en moyenne (E.T. = 7,51). Soixante quatre pour cent d'entre eux ont un diplôme d'étude collégiale ou plus; 59% ont un travail plein temps, alors que 30% sont étudiants ou en chômage. Le revenu moyen de ces individus est d'environ 25000 \$. Des tests de différences portant sur les couples répartis en deux groupes selon le score obtenu au test de qualité relationnelle n'indiquent aucune différence quant aux variables démographiques.

Étant donné la difficulté d'obtenir des données fiables sur le statut sérologique des participants, nous n'avons pu contrôler cette variable dans les présentes analyses. Quatre-vingt-seize pour cent des participants rapportent connaître leur statut. Parmi ces individus, 25% ont passé leur dernier test sérologique au cours des neuf mois précédant l'entrevue. Pour les autres, l'intervalle séparant le dernier test de l'entrevue varie de 10 mois à plusieurs années. Trente-deux individus rapportent un statut séronégatif, quatre autres un statut séropositif. Les autres participants réservent leur réponse.

Les couples sont recrutés au moyen de la diffusion d'annonces, d'articles et d'entrevues dans les média, les associations regroupant les hommes gais et les revues spécialisées s'adressant aux hommes gais et avec la collaboration des services publics et privés de thérapie.



**Qualité relationnelle:** La qualité relationnelle est mesurée à l'aide du test d'ajustement marital, version française du *Marital Adjustment Test* (MAT) de Locke et Wallace (1959). Le MAT constitue la mesure de qualité relationnelle la plus souvent utilisée dans les études sur l'ajustement de couples hétérosexuels. Ce test a un niveau de cohérence interne élevé et une validité prédictive bien étayée dans le domaine de recherche sur le couple hétérosexuel, y compris auprès de la population québécoise. Pour les fins de son application auprès de la population homosexuelle, la formulation des questions a été modifiée de manière à neutraliser les différences de genre. Une première étude des qualités psychométriques de l'instrument montre un degré acceptable de validité convergente avec les données d'observation d'interactions de couples (IDCS; Julien et al., 1989; Julien et al., 1991).

**Pratiques sexuelles:** La mesure des comportements sexuels est inspirée de l'entrevue structurée de Martin (1986). Nous avons construit un questionnaire (papier-crayon) qui permet de décrire les comportements sexuels adoptés au cours d'une période de six mois précédant l'entrevue. Un contact sexuel est défini comme un contact physique avec un autre homme incluant les baisers, la masturbation mutuelle, ou un contact oral, anal ou génital. Les contacts sexuels avec le partenaire de couple sont différenciés des contacts sexuels avec d'autres individus, et les contacts sexuels dans des lieux privés sont différenciés des contacts sexuels dans des lieux publics. Pour les contacts sexuels en dehors du couple, on demande à l'individu un estimé du nombre de partenaires avec qui il en a eus et un nombre hebdomadaire moyen de rencontres sexuelles. L'instrument permet aussi de collecter une information sur l'incidence d'actes sexuels spécifiques, avec et sans protection, avec son partenaire de couple et avec d'autres. Pour chacun d'eux, l'individu doit rapporter une fréquence relative d'incidence allant de 0% (jamais au cours de la dernière année) à 100% (presque à chaque fois). Suivant la méthode de Martin (1986), les informations peuvent être pondérées de manière à construire des catégories de variables ou à obtenir un score unique sur une échelle de risque; par ex., le rapport sexuel anal réceptif reçoit un score de risque plus élevé, étant donné que les recherches démontrent que ce type de contact augmente le risque d'exposition au VIH. Pour les fins des présentes analyses, les données ont été transformées en catégories de variables.

### *Construction des catégories de risque*

Tel qu'illustré au Tableau 1, trois facteurs comportementaux sont utilisés pour la construction de quatre catégories de risques encourus au

cours des six derniers mois précédant l'entrevue. Le premier facteur, appelé «Polygamie», est mesuré par l'occurrence de relations sexuelles avec des partenaires réguliers et/ou occasionnels en dehors du partenaire de couple. Le deuxième facteur, appelé «Risque élevé intra-couple», est mesuré par l'incidence, avec le partenaire de couple, de relations sexuelles anales insertives ou réceptives et/ou de ces comportements avec un condom dans une proportion de moins de 100% des instances. Le troisième facteur, appelé «Risque élevé extra-couple», est mesuré par l'incidence, en dehors du partenaire de couple, de relations sexuelles anales insertives ou réceptives et/ou de ces comportements avec un condom dans une proportion de moins de 100% des instances.

Tableau 1

**Distribution des individus et des scores moyens au test de qualité relationnelle (TQR) en fonction de l'Index typologique à quatre niveaux de risque**

Groupe	Facteurs comportementaux de risque			Nombre d'individus	TQR <sup>1</sup> %
	Polygamie	Risque élevé Intra- couple	Risque élevé Extra- couple		
1. Monogame	Non	Non	NA	12(21)	114,75
Risque réduit	Non	Oui	NA	18(31)	
Risque élevé					
2. Polygame	Oui	Non	Non	7(12)	110,00
Risque réduit					
3. Polygame	Oui	Oui	Non	11(19)	93,54
Risque semi-réduit					
4. Polygame	Oui	Oui et non	Oui	10(17)	88,70
Risque élevé					
				Total 58(100)	

1. Adaptation du *Marital Adjustment Test* (Locke et Wallace, 1959)

Les quatre catégories de risque 1, 2, 3 et 4 sont formées au moyen de différentes combinaisons des trois facteurs comportementaux. Ce sont des catégories exhaustives et mutuellement exclusives, c'est-à-dire que tous les individus sont classifiables dans l'une ou l'autre catégorie, et chacun d'entre eux ne peut être classifié que dans une seule catégorie. L'ordre des catégories correspond à un ordre croissant de risques.

## Résultats

Le Tableau 1 montre la distribution des individus en fonction des quatre catégories et le score moyen de qualité relationnelle (TQS) des individus appartenant à une même catégorie. Conformément à notre hypothèse, on remarque que la qualité relationnelle diminue avec l'augmentation du degré de risque de transmission du VIH. Des analyses de la variance des scores du TQR en fonction des quatre catégories de risque indiquent une différence significative entre les scores de qualité relationnelle ( $f(3,54) = 5,6127, p < 0,01$ ). Un test de comparaison multiple (Tuckey-HSD) montre que les individus de catégorie 1 (Monogame à risque réduit ou élevé) ont un degré d'ajustement relationnel significativement plus élevé que celui des individus de catégorie 3 (Polygame à risque semi-réduit) et de catégorie 4 (Polygame à risque élevé). Il n'y a pas de différence significative entre la satisfaction des individus de catégorie 1 et ceux de catégorie 2 (Polygame à risque réduit), non plus qu'entre chacun des groupes 2, 3 et 4.

Puisqu'un individu monogame adoptant des comportements à risque élevé dans son couple s'expose au VIH s'il est accouplé à un individu monogame séropositif ou avec un individu polygame à risque élevé, il importe de connaître le degré d'exposition de son partenaire de couple au VIH. Cela permettrait de connaître le degré de risque encouru par chaque individu ayant des relations sexuelles régulières dans son couple.

Étant donné les limites de la connaissance du statut sérologique des partenaires, la présente étude ne peut estimer le nombre de couples dont au moins un des deux est séropositif. Par ailleurs, il est possible d'établir une classification des couples en fonction des degrés de risque individuels combinés des deux partenaires, tels qu'établis au Tableau 1. Par exemple, on peut estimer le nombre de couples où les individus de catégorie 1 vivent en couple avec un autre individu de catégorie 1, ceux de catégorie 1 qui sont accouplés à des individus de catégorie 2 et ainsi de suite (1 avec 3, avec 4, 2 avec 2, 2 avec 3, etc.). Le Tableau 2 présente la distribution des couples en fonction des catégories de risque individuel combinées, ainsi que le score moyen de qualité relationnelle des couples regroupés à l'intérieur de chacune des nouvelles catégories de risque combinées.

**Tableau 2**  
**Distribution des couples et de leur score moyen au TQR en**  
**fonction des combinaisons possibles de catégories de risque**  
**individuel**

Type de couple selon la combinaison de catégories de risque individuel	Nombre de couples (%)	TQR <sup>1</sup>
1-1	11 ( 38)	117,68
1-2	2 ( 7)	129,17
1-3	3 ( 10)	87,67
1-4	3 ( 10)	90,83
2-2	1 ( 3)	96,50
2-3	1 ( 3)	78,00
2-4	2 ( 7)	104,00
3-3	2 ( 7)	124,25
3-4	3 ( 10)	87,83
4-4	1 ( 3)	85,00
	Total 29 (100)	
Risque réduit (1-1, 1-2, 1-3, 2-2, 2-3, 3-3)	20 ( 69)	112,00
Risque élevé (1-4, 2-4, 3-4, 4-4)	9 ( 31)	92,00

1. Adaptation du *Marital Adjustment Test* (Locke et Wallace, 1959)

On observe que 38% des couples de cet échantillon sont des «couples» monogames, les autres dyades étant distribuées de façon homogène à travers les autres combinaisons possibles de risque.

Le risque le plus élevé pour un individu étant d'être en couple avec un individu polygame à risque élevé (c'est-à-dire de vivre en couple avec un type 4), les couples ont été regroupés en deux catégories de risque. La première, appelée «couples à risque réduit», inclut toutes les combinaisons possibles de partenaires à l'exception des combinaisons comprenant un individu de type 4. La deuxième, appelée «couples à risque élevé», inclut tous les couples dont au moins un des partenaires est de type 4. La deuxième partie du Tableau 2 montre la distribution des couples en fonction de ces deux catégories. Un test de différence portant sur les scores moyens de qualité relationnelle des couples dans les deux catégories montre une différence significative reliée au degré de risque ( $t(56) = 3,27, p < 0,01$ ). Conformément à notre hypothèse, les

couples réduisant le risque d'infection au VIH à l'intérieur de leur relation de couple sont significativement plus satisfaits de leur relation de couple que ceux dont un des partenaires ou les deux s'exposent au VIH.

## **Discussion**

Peu d'études ont analysé l'impact de l'environnement social des hommes homosexuels sur leurs conduites sexuelles et, plus particulièrement, sur l'adoption et le maintien de conduites sexuelles à risque réduit. La présente recherche a pour but de documenter l'association entre la qualité relationnelle de couples gais et leur degré d'exposition au VIH dans des situations de monogamie et de non-monogamie.

Conformément à notre hypothèse, les résultats indiquent une association positive entre le degré de réduction de risque dans les relations sexuelles et le degré de satisfaction relationnelle avec le partenaire de couple. Lorsqu'on examine les données pour chaque individu, il apparaît que le degré de satisfaction relationnelle dans le couple est significativement plus élevé chez ceux qui n'ont pas eu de relations sexuelles à l'extérieur de leur couple au cours des six mois précédant l'entrevue. À la différence des données des recherches qui ont précédé l'identification des premiers cas de sida en 1981, et qui documentaient l'importance de l'ouverture sexuelle des couples gais pour leur satisfaction relationnelle, nos résultats suggèrent un effet possible de l'épidémie de sida sur la définition de nouvelles normes de vie amoureuse dans la culture gaie, et une plus grande déssexualisation des rapports à l'extérieur de leur vie de couple. Ainsi, et tel que le suggéraient Fitzgerald (1986) et Sullivan (1989), les individus homosexuels s'orienteraient vers des styles de vie plus proches de la culture hétérosexuelle, où le système marital tolère mal les relations sexuelles extra-maritales.

Toutefois, les couples interviewés ne sont pas tous «symétriquement» monogames, puisque 62% des couples de notre échantillon incluent au moins un partenaire qui a eu des relations sexuelles avec des partenaires réguliers ou occasionnels dans les six mois précédant l'entrevue. Par ailleurs, et conformément à notre hypothèse, le degré de satisfaction ou d'ajustement des couples admettant la polygamie est plus élevée chez ceux qui réduisent systématiquement les risques d'exposition au VIH. Donc, sans emprunter les normes du couple hétérosexuel et tout en maintenant une non-monogamie institutionnalisée, les individus homosexuels qui vivent en couple développent aussi de nouvelles normes de pratiques sexuelles à l'extérieur de leur couple.

Cette association entre la qualité relationnelle et les conduites préventives est cohérente avec les données de nombreuses études sur les couples hétérosexuels. Plusieurs chercheurs et chercheuses rapportent en effet que les individus, et plus spécifiquement les hommes, ont une meilleure santé lorsqu'ils vivent en couple que lorsqu'ils vivent seuls. Par ailleurs, chez les personnes qui vivent en couple, les mesures de santé physique et mentale sont plus élevées dans les couples ayant le moins de conflits dans leur relation de couple (Beach et al., 1986; Gove et al., 1983; House et al., 1982). On connaît toutefois peu la nature des processus propres à expliquer ce qui, dans la relation de couple ajusté, peut déterminer des conduites préventives.

Outre le soutien émotionnel et la qualité de communication associée à une relation de couple satisfaisante, il est possible que ce type de relation engendre un meilleur contrôle des risques encourus, du simple fait de sa structure et de ses règles de fonctionnement. Par exemple, les sorties conjointes et le partage d'amis communs peut limiter chez les deux partenaires les probabilités d'exposition à des situations de risque. C'est ce que suggèrent des données obtenues auprès de couples hétérosexuels chez qui le partage d'un réseau social commun par les partenaires entraîne moins de sorties et d'activités sociales seul qu'en couple (Julien et Markman, 1991).

Inversement, il est possible qu'un effet de sélection opère dans le choix de partenaires spécifiques qui facilitent l'adoption de risques réduits. Par exemple, des recherches sur les individus hétérosexuels suggèrent qu'une bonne santé physique, psychologique et sociale (habiletés interpersonnelles) hausse la probabilité de vivre en couple, et en couple stable et satisfaisant pour les partenaires (Renne, 1971; Rushing, 1979). Les couples gais heureux seraient ainsi formés d'individus qui témoignent d'emblée d'un bon niveau de contrôle dans leur vie (travail et relations sociales); leur vie de couple, en retour, les aiderait face aux changements socio-sexuels requis par l'épidémie actuelle. À l'inverse, chez les couples gais malheureux, les partenaires ne bénéficieraient pas du soutien nécessaire pour affronter ces changements; de plus, les querelles quotidiennes et les conflits alimenteraient chez eux un stress favorisant la désorganisation et l'exposition des situations de risque, notamment la fréquentation régulière des bars. L'étude longitudinale des couples gais permettrait par exemple de vérifier si la fluctuation de la relation de couple entraîne une détérioration des conduites préventives, et vice versa.

Les résultats qui précèdent doivent être toutefois envisagés avec prudence, étant donné que nous n'avons pu contrôler le statut sérologi-

que des participants. Cette variable vient assurément confondre notre mesure de risque. Néanmoins, ces résultats préliminaires suggèrent des pistes de recherches fort prometteuses pour la compréhension des facteurs psycho-sociaux déterminant le changement et le maintien des conduites sexuelles.

## NOTE

1. La définition de «couple stable» varie selon les auteurs et auteures. Elle implique généralement une auto-identification (*self-labeling*) des partenaires eux-mêmes comme formant un «couple», ainsi qu'une durabilité de cette relation, que ce soit ou non sous la forme d'une vie sous le même toit. La stabilité des couples n'est pas synonyme d'ajustement, quoique stabilité et ajustement soient souvent des mesures corrélées. La définition de «couple ajusté» est dans la plupart des recherches interchangeable avec celle de «couple satisfait», et de «couple heureux». Elle est utilisée par opposition aux notions de «couples non ajusté», «couple en détresse», «couple malheureux», ou même «couple clinique» dans le cas des recherches cliniques. Ces dernières définitions reposent essentiellement sur la perception des individus concernant leur vie de couple, perception mesurée par un test standardisé comme le *Dyadic Adjustment Scale* (Spanier, 1976) et la *Marital Adjustment Test* (Locke et Wallace, 1959). Dans la présente recherche, nous avons défini le «couple stable» comme un couple où les partenaires vivent ensemble depuis au moins deux ans, le «couple ajusté» étant adapté du *Marital Adjustment Test* (Locke et Wallace, 1959).

## RÉFÉRENCES

- BEACH, R.H., ARIAS, I., O'LEARY, K.D., 1986, The relationship of marital satisfaction and social support to depressive symptomatology, *Basic and Applied Psychology*, 6, 111-130.
- BECKER, M.H., JOSEPH, J.G., 1988, AIDS and behavioral change to reduce risk: A review, *American Journal of Public Health*, 78, 394-410.
- BELL, A.P., WEINBERG, M.S., 1978, *Homosexualities: A Study of Diversity among Men and Women*, Simon and Schuster, New York.
- BLUMSTEIN, P., SCHWARTZ, P., 1983, *American Couples*, William Morrow, New York.
- CATANIA, J.A., COATES, T.J., STALL, R., BYE, L., KEGELES, S.M., CAPELL, F., HENNE, J., MCKUSIK, L., MORIN, S., TURNER, H., POLLACK, L., 1991, Changes in condom use among homosexual men in San Francisco, *Health Psychology*, 10, 190-199.
- CHIMEL, J.S., DETELS, R., KASLOW, R.A., VAN RADEN, M., KINGSLEY, L.A., BROOKMEYER, R., Multicenter AIDS Cohort Study Group, 1987, Factors associa-

- ted with prevalent human immunodeficiency virus (HIV) infection in the Multicenter AIDS Cohort Study, *American Journal of Epidemiology*, 126, 568-577.
- DARROW, W.W., ECHENBERG, D.F., JAFFE, H.W., O'MALLEY, P.M., BYERS, R.H., GETCHELL, J.P., CURRAN, J.W., 1987, Risk factors for human immunodeficiency virus (HIV) infections in homosexual men, *American Journal of Public Health*, 77, 479-483.
- D'EMILIO, J., 1983, *Sexual Politics, Sexual Communities: The Making of a Homosexual Minority in the U.S. 1940-1970*, Chicago University Press, Chicago.
- DETELS, R., ENGLISH, P., VISSCHER, B.R., JACOBSON, L., KINGSLEY, L.A., CHIMEL, J.S., DUDLEY, J.P., ELDRED, L.J., GINZBURG, H., 1989, Seroconversion, sexual activity, and condom use among 2915 HIV seronegative men followed up to 2 years, *Journal of AIDS*, 2, 77-83.
- DUFFY, S.M., RUSBULT, C.E., 1985-1986, Satisfaction and commitment in homosexual and heterosexual couples, *Journal of Homosexuality*, 12, 1-23.
- EKSTRAND, M., COATES, T., (sous presse), Maintenance of safer sexual behaviors and predictors of risky sex: The San Francisco Men's Health Study, *American Journal of Public Health*.
- EKSTRAND, M., COATES, T., 1988 (juin), *Prevalence and Changes in AIDS High Risk Behavior among Gay and Bisexual Men*, communication présentée à la Fourth International Conference on AIDS, Stockholm.
- EVANS, P.E., RUTHERFORD, G.W., AMORY, J.W., 1988 (juin), *Does Health Education Work?*, communication présentée à la Fourth International Conference on AIDS, Stockholm.
- FITZGERALD, F., 1986, San Francisco: The Castro II, *The New Yorker*, July, 44-63.
- GOVE, W., HUGHES, M., STYLE, C.B., 1983, Does marriage have positive effects on the psychological well-being of the individual?, *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 122-131.
- HARRIS, M.B., TURNER, P., 1985-1986, Gay and lesbian parents, *Journal of Homosexuality*, 12, 113.
- HARRY, J., 1979, The «marital liaisons» of gay men, *The Family Coordinator*, October, 622-629.
- HOUSE, J.S., KAHN, R.L., 1985, Measures and concepts of social support in Cohen, S., Syme, S.L., Eds., *Social Support and Health*, Academic Press, New York, 83-108.
- JOSEPH, J.G., MONTGOMERY, S., EMMONS, C., KESSLER, R.C., OSTROW, D.G., WORTMAN, C., O'BRIEN, M., ESHLEMAN, S., 1987a, Magnitude and determinants of behavioral risk reduction: Logitudinal analysis of a cohort at risk for AIDS, *Psychology and Health*, 1, 73-96.
- JOSEPH, J.G., MONTGOMERY, S., KIRSCHT, J., KESSLER, R.C., OSTROW, D.G., WORTMAN, C., BRIAN, K., ELLER, M., ESHLEMAN, S., 1987b, Perceived risk of AIDS:



Assessing the behavioral and psychological consequences in a cohort of gay men, *Journal of Applied Psychology*, 17, 231-250.

- JULIEN, D., MARKMAN, H.J., 1991, Social networks and social support as determinants of individual and marital outcomes, *Journal of Social and Personal Relationships*, 8, 549-568.
- JULIEN, D., PIZZAMIGLIO, T., BRAULT, M., LÉVEILLÉ, S., CHARTRAND, E., 1991, *Problem-solving in distressed and non-distressed couples: A comparison of heterosexual, gay, and lesbian couples' interactions*, communication présentée à la 25th Annual Convention of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Novembre, New York.
- JULIEN, D., MARKMAN, H.J., LINDAHL, K., 1989, A comparison of a global and a microanalytic global coding system: Future trends in studying interactions, *Behavioral Assessment*, 11, 81-100.
- KAPLAN, G.A., DELONGIS, A., 1983, *Psychological Factors Influencing the Course of Arthritis: A Prospective Study*, communication présentée au Annual Meeting of the American Psychological Association, Anaheim.
- KURDECK, L.A., SCHMITT, P.J., 1987, Relationship quality of partners in heterosexual, married, heterosexual cohabiting, gay, and lesbian relationships, *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 511-520.
- KURDECK, L.A., SCHMITT, P.J., 1985-1986, Relationship quality of gay men in closed or open relationships, *Journal of Homosexuality*, 12, 85-99.
- LARSON, P.C., 1982, Gay male relationships in Paul, W., Weinrich, J.D., Gonsiorec, J.C., Hotvedt, J.E., Eds., *Homosexuality: Social, Psychological and Biological Issues*, Sage Pub., Beverly Hills.
- LOCKE, H.J., WALLACE, K.M., 1959, Short marital adjustment and prediction test: Their validity and reliability, *Marriage and Family Living*, 21, 251-255.
- MARTIN, J.L., 1986, AIDS risk reduction recommendations and sexual behavior patterns among gay men: A multifactorial categorical approach to assessing change, *Health Education Quarterly*, 13, 347-358.
- McWHIRTER, P.D., MATTISON, M.A., 1984, *The Male Couple: How Relationships Develop*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs.
- O'REILLY, K., HIGGINS, D.L., GALAVOTTIO, C., SHERIDAN, J., WOOD, R., COHN, D., 1989 (juin), Perceived community norms and risk reduction: Behavior change in a cohort of gay men, communication présentée à la Fifth International Conference on AIDS, Montréal.
- PEPLAU, A.L., 1982, Research on homosexual couples: An overview, *Journal of Homosexuality*, 8, 3-8.
- PEPLAU, A.L., COCHRAN, S.D., 1981, Value orientations in the intimate relationships of gay men, *Journal of Homosexuality*, 6, 1-9.
- PEPLAU, A.L., GORDON, S.L., 1982, The intimate relationships of lesbians and gay men in Algeier, E.R., McCormick, N.B., Eds., *Gender Roles and Sexual Behavior*, Mayfield, Palo Alto.

- REMIS, R.S., ROY, E., 1991, *Bilan des connaissances sur l'épidémie du SIDA et de l'infection au VIH au Québec*, Centre d'études sur le sida, Département de santé communautaire, Hôpital général de Montréal, Montréal.
- RIESENBERG, D., 1986, AIDS-prompted behavior changes reported, *JAMA*, 255, 171-172.
- RISMAN, B., SCHWARTZ, P., 1988, Sociological research on male and female homosexuality, *Annual Review of Sociology*, 14, 125-147.
- SIEGEL, K., MESAGNO, F.P., CHEN, J.Y., CHRIST, G., 1987, *Factors distinguishing homosexual males practicing safe and risky sex*, communication présentée à la Third International Conference on AIDS, Washington.
- SPANIER, L., THOMPSON, L., 1984, *Parting: The Aftermath of Separation and Divorce*, Sage Pub., Beverly Hills.
- STALL, R.D., COATES, T.J., HOFF, C., 1988, Behavioral risk reduction for HIV infection among gay and bisexual men, *American Psychologist*, 43, 978-985.
- SULLIVAN, A., 1989, Here comes the groom: A (conservative) case for gay marriages, *The New Republic*, August 28.
- VOLLER, B., WALTERS, J., 1978, Gay fathers, *Family Coordinator*, April, 149-157.
- WEEKS, J., 1977, *Coming out: Homosexual Politics in Britain from the 19th Century to the Present*, Quarter, Londres.
- WEINBERG, M.S., WILLIAMS, C.J., 1974, *Male Homosexuals: Their Problems and Adaptations*, Oxford University Press and adaptations, New York.
- WEISS, R., 1975, *Marital Separation*, Basic Books, New York.
- WERDEGAR, D., O'MALLEY, P., BODECKER, T., HESSO, N., ECHENBERG, D., 1987, Self-reported changes in sexual behaviors among homosexual and bisexual men from the San Francisco City Clinic cohort, 1987, *Morbidity Mortality Rep.*, Center for Disease, Atlanta.
- WILLOUGHBY, B., SCHECHTER, M., DOUGLAS, B., CRAIB, K.J., CONSTANCE, P., MCCLOED, W.A., MAYNARD, M., BROUGHTON, S., FAY, S., O'SHAUGHNESSEY, M., 1989 (juin), *Self-Reported sexual behavior in a cohort of homosexual men: Cross-sectional analysis at 6 years*, communication présentée à la Fifth International Conference on AIDS, Montréal.

## Quality relationships among gay couples and high-risk sexual behaviours

### ABSTRACT

This study examines the hypotheses by which quality relationships among gay couples is closely related to the adoption of low-risk sexual behaviours, in monogamous and non-monogamous situations. Data was collected from 29 homosexual couples (58 men) of the Montréal area. The survey, which graded sexual conduct as well as adjustments made

within the relationship, confirmed the author's hypothesis. Indeed, the distribution of couples according to a multifactorial risk index does in fact establish a connection between the couple's happiness and the level of risk during sexual relations within and outside the couple. These conclusions are discussed in light of existing data pertaining to the link between health and the quality of a relationship among heterosexual couples.